

及骨髓炎。王爱民^[1]报道长骨干开放性骨折403例发现:损伤至清创时间在8~12小时与8小时内获得清创者,伤口感染率相差不明显,但超过12小时后,感染率非常明显增高。因此8~12小时才获得清创的绞轧性开放性骨折也可慎用钢板内固定。海水的含盐度为3.1%~4.3%,PH值为8~8.21呈明显高渗状态。被高渗海水浸泡过伤肢虽可进一步损伤伤肢的组织细胞,但也可延迟伤肢感染的发生时间。本组5例海水浸泡过伤口的病例,有3例清创在12小时之后,并作了内固定治疗,伤口未发生有深部感染。因此对伤肢在海水中浸泡过,又在12~14小时内获得清创者,也可慎用钢板内固定。从生物力学观点上讲,钢板应放在胫骨内侧^[2],但对软组织呈环周状损伤的绞轧性骨折,胫骨内侧皮肤往往

有不同程度的损伤和缺损。如钢板再安放在胫骨内侧,术后易使胫骨内侧皮肤坏死,致使钢板和骨质裸露。因此对绞轧性胫骨开放性骨折,笔者主张钢板尽可能安放在胫骨外侧。

参考文献

- ① 朱通伯. 处理开放性骨折及关节创作的新观点. 中华骨科杂志, 1996, 16 (1): 24
- ② 朱通伯. 访问日本、西德、英国骨科技术介绍. 中华骨科杂志, 1989, 9 (6): 446
- ③ 王爱民. 吴光道. 长骨干开放性骨折伤口感染原因分析(附403例报告) 骨与关节损伤杂志, 1992, 7 (3): 74

(收稿: 1997-01-13)

骶管注药加手法治疗腰椎间盘突出症术后腰腿痛综合征

焦天财

(银川市中医院, 宁夏 银川 750001)

我们对腰椎间盘突出症手术治疗后又出现腰部酸痛, 患肢胀痛或放射痛, 下肢麻木无力, 跛行活动等一系类症候称为术后腰腿痛综合征。采用骶管注药结合手法推拿治疗10例, 收到满意效果, 现介绍如下。

临床资料

10例患者均经CT、核磁共振或腰椎管造影诊断为腰椎间盘突出症, 在他院手术治疗过的病人。其中男6例, 女4例; 年龄27~66岁。突出间隙L₄₋₅4例, L₅~S₁2例, L₄₋₅, L₅~S₁双间隙同时突出5例。接受本法治疗时间最短的术一月, 最长4年。主要症状仍有患肢胀痛, 麻木无力, 腰部酸痛, 跛行活动, 腰不能伸直, 甚则昼夜疼痛, 夜不能寐, 不能下床活动等。

治疗方法

1. 骶管注药: (1) 药物: 生理盐水30ml, 地塞米松5mg, vit B₁100mg, vit B₁₂500mg、丹参注射液4ml、透明质酸酶1500^u、2%利多卡因5ml混合液。(2) 操作步骤: 患者取俯卧位, 骨盆下垫一高枕, 双腿分开, 在骶骨下端表面骶骨角之间触摸骶裂孔之凹陷, 以龙胆紫做标记, 骶部常规皮肤消毒, 铺无菌洞巾, 在局麻下以7号注射针头自标记点, 沿骶骨纵轴方向穿刺进针, 根据病人胖瘦情况, 可进入针头的3/4~4/5, 约3.5cm左右, 回抽无血及脑脊液, 推注轻松无阻力感, 则证实进针成功, 即将配制的混合液缓慢注入, 后取仰卧位观察10分钟, 无特殊反应, 即准备做手法推拿。

2. 手法推拿: (1) 理筋手法: 病人俯卧位, 医者站于其旁, 分别用按、摩、推、拿、揉、捏、擦、等手法, 沿督脉和膀胱经从上至下分别按摩3~5遍, 重点按摩或拨离手术椎旁的病变处。(2) 颤压法: 患者俯卧位, 用两个枕头分别垫在胸部和骨盆的前方, 医者双手叠加按在腰后病变处, 由轻到重反复弹压5~10次, 以解除腰部小关节紊乱或椎体移位, 然后点按腰部及腿部的主要穴位即可。(3) 拔腿压腰法: 术者一手推按于患者腰部, 另一手托起双腿向后, 同时用逆时或顺时方向边拔伸边摇摆下腰部, 以解除残余移位和局部神经根粘连。(4) 抬腿法: 分别作两下肢直腿抬高可达极限高度, 术者以一臂维持, 另一手作踝背伸按压3次, 以牵拉神经根而达到解除局部神经根粘连。一般每周一次, 每次治毕让患者卧床休息。

治疗结果

疗效标准: 优: 症状和体征完全消失, 恢复原来工作; 良: 症状和体征基本消失, 直腿抬高70°; 恢复工作; 可: 症状和体征有减轻, 能从事轻工作; 差: 症状和体征无改善。

结果: 本组10例中优8例, 良1例, 可1例。随访2年, 其中9例无复发, 1例劳累后有轻度症状, 再次治疗后痊愈。

讨论

骶管注药加手法推拿治疗, 是解决腰椎间盘突出

术后复发腰腿疼痛综合征的一种好方法。药液进入硬膜外腔后,自下而上可产生一定的液压,对粘连的神经根进行钝性分离^①。低浓度利多卡因可以改善局部组织的血液循环,促进神经与周围组织水肿消退,利用激素渗入粘连组织和神经周围,充分发挥激素的作用,抑制和防止纤维细胞和结缔组织的增生,减轻神经根与周围组织的粘连,透明质酸酶可松解粘连,促进药物吸收,丹参注射液具有活血养血、化瘀通络、止痛的作用,VitB₁₂、B₁直接作用于神经根,调节营养神经,维持神经组织的正常生理功能^②。手法推拿具有活血化瘀消肿止痛,舒筋活络,松解粘连,软化瘢痕,矫正残余移位,重新建立腰椎三点持重的稳定的生物力学结构,以达到腰椎新的内外平衡。在药物的作用下,缓解了腰肌紧张和痉挛,有利于手法的进行,在不同的手法按摩作用下,能使椎间盘术后造成的脊柱内外平衡失稳,患椎间的移位或附近各小关节紊乱得到在生理范围内的矫正或拨正,也可能同时使椎间孔和神经根的相对位置发生改变,使受压的神经根得到缓解,减轻了鞘膜囊的

形变和张力,使手术造成的纤维细胞和结缔组织增生引起的瘢痕得到软化,从而松解了神经根的粘连,解除了神经根的卡压或刺激。同时增加被受压神经根的营养,维持神经组织的正常生理功能,彻底治愈术后腰腿痛综合征。

采用本法治疗应注意:(1)要严格无菌操作。(2)推注药物不可过快,个别患者出现一过性恶心,头晕等症状可暂停注射,一般不需特殊处理。(3)手法操作重在轻巧稳妥,应根据病人年龄,体质,手术后时间长短等情况来掌握用力的大小或变换手法。(4)治疗前应排除肿瘤,结核,化脓性感染等疾病的存在。

参考文献

① 谢明娟,杨玉才,芦素芳,等. 骶管硬膜外充填法治疗腰腿痛. 中国康复医学杂志, 1992, 7 (3): 143
 ② 杨锡馨,林知香,杨,等. 203例神经痛治疗介绍. 中国麻醉学杂志, 1989, 9 (2): 108

(收稿: 1998- 01- 15)

远节断指再植术后的功能恢复

陈平

(宁波市曙光康复医院, 浙江 宁波 315040)

断指再植的最终目的是恢复手指的正常功能或促使手指的功能接近正常。手指远节(即末节)动脉与静脉的口径细小,血液流速相对较慢,抗损伤能力相对较弱,因此,远节断指的治疗比中节断指、近节断指的治疗难度大,必须制定强有力的术后治疗方案,才有可能最大限度地显示手术效果。笔者于1996年2月~1997年10月对58例远节断指再植术后患者施行系统的综合治疗,功能恢复较好,现报告如下。

临床资料

本组58例,男37例,女21例;年龄18~46岁,平均32.7岁;均属完全离断。术前X线片上未见关节面损坏。致伤原因:切割伤。手术与受伤时间的间隔:2.5~6.5小时,平均4.3小时。骨折固定方法:用直径为1.0mm克氏针固定,穿透远侧指间关节,近侧针端接近近侧指间关节。伤指指节:远节。伤指指别:示指21指,中指18指,环指13指,小指9指,共61指。

治疗方法

治疗时间6个月,分阶段改变治法。

1. 术后第5天起,给服中药煎剂,以活血通络,益

肾健脾为治则,自拟组织修复汤,其基本方:红花6g,泽兰6g,桂枝8g,肉苁蓉8~15g,桑椹20g,枸杞子30g,菟丝子25g,猪苓20g,黄精10~30g,扁豆衣15g,红枣30g。舌质红苔黄者,减量使用肉苁蓉,加车前子(包煎)20g,泽泻10g。1日1剂,1剂煎2次,服2次,每次口服200ml,治疗6个月。嘱患者主动伸屈患手健指与患指的掌指关节,每日3小时。

2. 术后第12天起,对患指进行被动运动训练,由康复治疗师帮助病人活动患指的近侧指间关节,活动度由小到大,缓慢地达到极限角度,每次5分钟,每日2次。

3. 术后第14天起,嘱病人主动活动近侧指间关节,每次活动10分钟,每日3次。

4. 术后第50天,拔除克氏针,次日起在患手上加用蜡疗,采用蜡饼法,石蜡融解成液体后倾倒入搪瓷浅盘内,厚1.5cm,待其冷凝成块时立即取出,直接敷贴于病手,包裹保温,每次30分钟,每日2次,施治2个月。在康复治疗师指导下进行患指各个关节的主动、被动运动,被动运动幅度由小到大,每日递增,直至最大伸、屈角度,运动速度以慢为宜,辅助使用橡皮筋网板、沙